

Bijlage.

Kernelementen en randvoorwaarden van ouderengeneeskunde in de eerste lijn

Deze bijlage bevat de kernelementen en randvoorwaarden van ouderengeneeskunde in de eerste lijn, zoals beschreven door de beroepsgroep. Het betreft de huidige stand van de praktijk van ouderengeneeskunde in de eerste lijn.

Het doel voor de korte termijn is te bereiken dat specialisten ouderengeneeskunde in de eerste lijn overal beschikbaar (kunnen) zijn op basis van de beschreven kernelementen en randvoorwaarden.

Ondertussen werkt de beroepsgroep aan het verder ontwikkelen van een samenhangende visie op ouderengeneeskunde in de toekomst, waar werken in de eerste lijn een onderdeel van is.

A. Kernelementen van ouderengeneeskunde in de eerste lijn

1. Doelgroep: kwetsbare ouderen met een complexe zorgvraag

De specialist ouderengeneeskunde staat voor een specifieke, proactieve aanpak in medische diagnostiek en behandeling. Deze aanpak is gericht op en van meerwaarde voor kwetsbare ouderen met een complexe zorgvraag. Ook kan deze complexe zorgvraag zich voordoen bij relatief jonge patiënten en bij volwassenen met specifieke chronische ziekten.

Kwetsbare ouderen ontwikkelen een complexe zorgvraag als gevolg van een hoge leeftijd in combinatie met lichamelijke ziektes, geriatrische syndromen, polyfarmacie, verminderde functionaliteit en (psycho-)sociale problematiek. Het gevolg hiervan is dat er veelal een neerwaartse spiraal van toenemend functie- en regieverlies en daarmee inherent afnemende zelfredzaamheid optreedt/plaatsvindt. Het regieverlies is daarbij niet alleen kenmerkend voor de patiënt. Ook bij de omgeving en de huisarts, komt het regelmatig voor dat men het overzicht dreigt te verliezen en onvoldoende grip ervaart.

2. Aangrijpingspunt: complexiteit

Gezien de hoge leeftijd, de vaak afgenomen energie en de veelheid aan problemen is het niet mogelijk en wenselijk om alle problemen (tegelijkertijd) aan te pakken. De centrale vraag is dan: "Wat is het meest belangrijk en wat is haalbaar voor de patiënt?".

De aanpak van de specialist ouderengeneeskunde is ge-ent op deze vraag. Daarin staat niet de optimale behandeling van alle aandoeningen en beperkingen centraal, maar de complexiteit die ontstaat bij een combinatie van verschillende aandoeningen, problemen, meerdere zorgvragen en meerdere betrokken zorgverleners. Een vaak voorkomend medisch aspect van de complexiteit is polyfarmacie. De specialist ouderengeneeskunde richt zich op het ontwarren van de complexiteit om de patiënt overzicht, inzicht en handvatten voor de toekomst te geven om daarmee de kwaliteit van leven te vergroten of deze zo min mogelijk (begeleid) achteruit te laten gaan.

Dit is een wezenlijk andere insteek dan een uitsluitend reactieve monodisciplinaire medische analyse en behandeling. Een patiënt met een relatief eenvoudige aandoening met bijzondere medicatie, met een persoonlijkheidsstoornis en een partner die zorg mijndend is kan een veel complexere patiënt zijn dan een oudere met een duidelijk gevorderd dementieel beeld waarbij de zorg goed is geregeld. Het beoordelen of er sprake is van complexiteit is een professionele afweging van de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde samen.

3. Stepped care

De specialist ouderengeneeskunde wordt in de praktijk geen hoofdbehandelaar, dit blijft de huisarts. De specialist ouderengeneeskunde is regiebehandelaar voor alle zaken die samenhangen met de kwetsbaarheid/de complexe zorgvraag van de patiënt en voor de overige klachten gaat de patiënt naar zijn of haar huisarts. Bij een goede samenwerking levert dit in de alledaagse praktijk geen onduidelijkheden op. De behandeling van de specialist ouderengeneeskunde eindigt op het moment dat de acties op het multidisciplinaire zorg- en behandelplan ingezet en geborgd zijn. De problemen en ziektes zijn dan maximaal bekend/aangepakt/begeleid en alles wat gedaan had kunnen worden is ingezet en afgesproken.

In de praktijk hanteren samenwerkende huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde een stepped care-principe. De huisarts is de eerste stap. Sommige huisartsen laten de POH-O of wijkverpleegkundige meekijken als de zorgvraag complexer wordt. De volgende stap is dat de specialist ouderengeneeskunde wordt uitgenodigd voor overleg. De specialist ouderengeneeskunde denkt mee en geeft advies en stelt samen met de huisarts vast of dit voldoende helpt. Dit wordt ook wel collegiale consultatie genoemd. De volgende stap is verwijzing van de patiënt naar de specialist ouderengeneeskunde. De verpleegkundige en de specialist ouderengeneeskunde gaan thuis kijken om het functioneren en de context in kaart te brengen. Daarna neemt de specialist ouderengeneeskunde contact op met de huisarts om het behandelplan door te nemen. Zoals eerder besproken voert de specialist ouderengeneeskunde bij voorkeur zelf het behandelplan uit. Wanneer een specialist ouderengeneeskunde tweedelijns expertise nodig acht of een reeds ingezette behandeling wil wijzigen, kan deze met de betrokken medisch specialist, bijvoorbeeld de klinisch geriatrater of neuroloog, contact opnemen en sparren. Zo wordt de gang naar de tweede lijn voorkomen of afgebouwd als deze niet (meer) gewenst of nodig is.

In de praktijk van stepped care kunnen stappen worden overgeslagen. De huisarts kan bij duidelijk grote problematiek direct doorverwijzen naar de specialist ouderengeneeskunde. Ook kan een specialist ouderengeneeskunde meerdere keren betrokken worden bij een patiënt.

4. Invalshoek: kwaliteit van leven

Medische diagnostiek en behandeling door de specialist ouderengeneeskunde richt zich zowel op herstel van de aandoening als op het beperken van de gevolgen daarvan. De invalshoek is de kwaliteit van leven en het welzijn van de patiënt. Niet de optimale behandeling van alle aandoeningen en beperkingen staat centraal, maar het versterken van de mogelijkheden om de kwaliteit van leven te verhogen.

Het Zorginstituut stelt dat de 'behandeling' moet bijdragen aan de functionele autonomie, kwaliteit van leven en participatie van de patiënt. In de praktijk van de specialist ouderengeneeskunde kan dit ook gaan om een behandeling waarbij de patiënt wordt ontlast in zelfstandig functioneren of participeren.

5. Breed geriatrisch assessment

De specialist ouderengeneeskunde start de patiëntenzorg door allereerst goed de aandoeningen en problemen te inventariseren en te diagnosticeren, zowel somatisch, functioneel, maatschappelijk, psychisch als communicatief. Ook worden de gevolgen op de kwaliteit van leven en zelfredzaamheid in kaart gebracht en wordt de belasting van de mantelzorger geïnventariseerd. Het beoordelen van de context en de thuisomgeving is daarbij van groot belang. De beroepsgroep gebruikt hiervoor ook wel de term 'geriatrisch assessment (GA).¹ Deze multi-domein analyse is een wezenlijk andere insteek dan een uitsluitend reactieve monodisciplinaire medische analyse.

Het GA levert inzicht op in de wensen, beperkingen en mogelijkheden van de oudere en diens ondersteuners. De specialist ouderengeneeskunde overziet het geheel aan problemen en ziekten in

¹ https://www.verenso.nl/_asset/_public/Richtlijnen_kwaliteit/richtlijnen/database/VER-003-29_handrGeriatrischAssesement_v4ap.pdf

de context van de patiënt en maakt ook bespreekbaar waar de grens van behandelen ligt en waar acceptatie van ziekten en de eindigheid van het leven begint.

De specialist ouderengeneeskunde kan voor de uitvoering van onderdelen van het GA naar andere disciplines verwijzen. Bijvoorbeeld naar de GZ-psycholoog in het kader van diagnostiek bij dementie en bij probleemgedrag. De specialist ouderengeneeskunde is poortwachter van het multidisciplinair werken.

De specialist ouderengeneeskunde kan op basis van de uitkomsten van het GA behandeldoelen formuleren en een specifieke behandeling inzetten of een reeds ingezette behandeling wijzigen of stopzetten waardoor een aandoening kan herstellen of de effecten beperkt kunnen worden (secundaire preventie). Daarnaast kan de specialist ouderengeneeskunde maatregelen nemen om verergering van een aandoening te voorkomen en het niveau van functioneren te behouden, dan wel achteruitgang te begeleiden. Daarbij is het leren accepteren van de beperkingen een belangrijk aandachtspunt en worden handvatten gegeven ten aanzien van hoe met hun beperkingen om te gaan. Echter, aandacht geven aan de mantelzorgers is van even groot belang om de balans te helpen houden tussen draagkracht en draaglast.

Tot slot is het van belang te noemen dat de specialist ouderengeneeskunde leidend is in de medische diagnostiek en de functionele gevolgen hiervan. Goede medische diagnostiek is een voorwaarde om tot goede zorgdiagnostiek te komen. De zorgdiagnostiek ligt meer in het domein van de verpleegkundige of de verpleegkundig specialist en hoeft niet perse door de specialist ouderengeneeskunde te worden gedaan.

6. Multidisciplinaire zorg en behandeling

De conclusies en het voorgestelde beleid worden altijd afgestemd met de huisarts, die hoofdbehandelaar is en blijft. Daarnaast wordt met andere behandelaren van de patiënt afgestemd, bijvoorbeeld met de klinisch geriater of een andere medisch specialist. De uitkomsten worden vastgelegd in een individueel zorg- en behandelplan dat wordt besproken met de patiënt en mantelzorger en in een multidisciplinair overleg (MDO) met alle relevante betrokkenen, zoals de thuiszorg, huisarts, praktijkondersteuner, WMO-consulent, casemanager dementie, vrijwilligers, psychologen en paramedici.

Per patiënt wordt een MDO georganiseerd waarin alle betrokken hulpverleners goed met elkaar afstemmen wie wat doet en wanneer. In het multidisciplinair overleg worden in principe alleen behandel- en begeleidingsafspraken gemaakt die multidisciplinair relevant zijn. De specialist ouderengeneeskunde is de regievoerder van dit MDO en kan de verschillende hulpverleners die zijn betrokken bij het uitvoeren van het behandelplan goed op elkaar afstemmen en begrenzen. De wensen (in prioritering) van de patiënt zijn richtinggevend in de inzet van de behandeling.

Uit ervaring is gebleken dat huisartsen de tijd noch de geriatrische expertise hebben om de (grote hoeveelheid) behandeladviezen van de specialist ouderengeneeskunde over te nemen. In de praktijk worden daardoor niet alle (goede) adviezen in gang gezet, waardoor behandeling wordt uitgesteld en de patiënt vaak onnodig achteruit gaat. De behandeling wordt daarom bij voorkeur (tijdelijk) door de specialist ouderengeneeskunde overgenomen van de huisarts. Hiermee werkt de specialist ouderengeneeskunde ontlastend voor de huisarts en kan een patiënt veel sneller en efficiënter profiteren van de inzet van de specialist ouderengeneeskunde. Afspraken hierover worden gemaakt in goed overleg tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde.

De behandeling eindigt als alle MDO-acties ingezet zijn en goed lopen. De patiënt wordt dan weer volledig terugverwezen aan de huisarts met een afgerond zorg- en behandelplan. Alles wat in de mogelijkheden lag, is dan ingezet.

B. Randvoorwaarden praktijkvoering ouderengeneeskunde in de eerste lijn

1. Secretariele ondersteuning

De specialist ouderengeneeskunde moet kunnen terugvallen op een secretariaat dat alle afspraken maakt, de MDO's inplant, de correspondentie verwerkt, telefonisch bereikbaar is et cetera. Voor een beginnend zelfstandig werkende specialist ouderengeneeskunde is het soms verleidelijk om deze taken er 'even' bij te doen. Intramuraal werkende specialisten ouderengeneeskunde die extramuraal consulten doen, realiseren zich vaak niet in welke mate ze terugvallen op een secretariaat. Maar met toename van de patiëntenzorg worden de administratieve taken voor een eerstelijns specialist ouderengeneeskunde echter veel te kostbaar en te belastend.

2. Verpleegkundige met geriatische expertise

De specialist ouderengeneeskunde moet in zijn praktijkvoering kunnen terugvallen op een verpleegkundige die voldoende geriatisch geschoold is om de oren en ogen van de specialist ouderengeneeskunde te kunnen zijn. De verpleegkundige werkt nauw samen met de specialist ouderengeneeskunde en kan zich volledig richten op de coördinatie van de ingezette behandeling en samenwerking/het delegeren naar het lokale netwerk. Als de specialist ouderengeneeskunde bijvoorbeeld een antidepressivum start bij iemand met M. Parkinson, weet de verpleegkundige wanneer deze medicatie start (overlegt dit met de apotheker, zorg en familie), kan de bijwerkingen controleren en doet dit ook tijdig en in nauwe samenwerking met de specialist ouderengeneeskunde. De ervaring leert dat voor deze inzet een gedegen opleiding en ervaring in de geriatrie nodig is, naast dat de samenwerking met de specialist ouderengeneeskunde dichtbij en intensief moet zijn. Ervaring leert dat de gemiddelde wijkverpleegkundige of POH-O deze geriatische kennis niet (voldoende) heeft. Als een behandeling of interventie stabiel is, kan vanzelfsprekend wel naar de wijkverpleegkundige of POH-O worden verwezen om deze te vervolgen.

3. Goede sociale kaart

Het is essentieel om het lokale zorgnetwerk te leren kennen om te komen tot goede zorg. Deze investering betreft onder meer relaties leggen met andere zorgverleners, onderzoeken wie in het lokale zorgnetwerk affiniteit en kennis heeft met betrekking tot specifieke probleemgebieden van kwetsbare ouderen, afstemmen wat geschikte overlegmomenten zijn en het overbrengen van geriatische kennis om kwetsbaarheid vast te stellen en te verminderen.

4. Digitale communicatie

De specialist ouderengeneeskunde moet kunnen terugvallen op een goed faciliterend Elektronisch Clienten Dossier (ECD). Daarnaast is er noodzaak tot goede communicatie, waarbij vooral de digitale communicatie vaak moeizaam is door de verschillende systemen; de wijkverpleging met een eigen digitaal zorgdossier, de huisarts met een eigen HIS, de specialist ouderengeneeskunde met een eigen EPD, paramedici met eigen systemen, et cetera.

5. Bekostiging goed geregeld

Stepped care vraagt om verschillende 'modules' in de bekostiging van de specialist ouderengeneeskunde:

- 1) Collegiale consultatie;
- 2) Diagnostiek na verwijzing;
- 3) Regie en uitvoering behandelplan.

In het handelen van de specialist ouderengeneeskunde is de coördinatie van het medisch team en afstemming met het lokale zorgnetwerk een nadrukkelijk onderdeel. Dit vergt tijd en energie, maar is noodzakelijk om de ingezette behandeling tot een goed einde te brengen. Een belangrijke randvoorwaarde is dat er in de bekostiging van de specialist ouderengeneeskunde een vergoeding is opgenomen om de aanzit van de betrokken hulpverleners (eerste- en tweedelijns) in het MDO te kunnen bekostigen. Daarmee wordt voorkomen dat de patiënt alsnog naar de tweede lijn wordt verwezen en een tweedelijns-DBC wordt geopend. De kosten voor organisatie en coördinatie van zorg, zoals bijvoorbeeld deelname aan MDO's voor andere hulpverleners of bijvoorbeeld de ontwikkeling van het lokale zorgnetwerk vallen nu (nog) niet onder het tarief van de voorgestelde prestatie 'zorg zoals specialist ouderengeneeskunde plegen te bieden'.

6. Laagdrempelige toegankelijkheid

6a. Verwijzing naar de specialist ouderengeneeskunde

De beroepsgroep vindt het wenselijk dat de verwijzing altijd via de huisarts verloopt. De verwijzing komt in de praktijk tot stand door contact tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde. Zowel de huisarts als de specialist ouderengeneeskunde (naar aanleiding van een vraag van een andere professional of cpatiënt/mantelzorger) kunnen daarvoor initiatiefnemer zijn.

6b. Regeling via polisvoorwaarden

Bij algemene gezondheidszorg hebben we te maken met een kwetsbare en erg afhankelijke groep verzekerden waarvan in veel gevallen niet verwacht kan en mag worden dat ze de polisvoorwaarden kennen en mede op basis daarvan een weloverwogen keuze voor een zorgverzekeraar kunnen maken. Dit houdt een risico in voor de laagdrempelige toegankelijkheid van algemene gezondheidszorg. Het is in de eerste plaats aan de zorgverzekeraars om dit risico uit te sluiten en hun verzekerden daarbij te helpen. Ons inziens is het meest efficiënt en effectief als we een eenduidige regeling hebben voor alle verzekerden. VerenSo steunt daarom het voorstel van de NZa om in de toelichting van de beleidsregel iets op te nemen over de gewenste praktijk. Het zou mooi zijn als hierop vervolgens ook nog commitment komt van alle betrokken partijen.

6c. Multidisciplinair werken

De specialist ouderengeneeskunde moet voor de uitvoering van diagnostiek en behandeling laagdrempelig kunnen verwijzen naar andere disciplines, waaronder de GZ-psycholoog.